

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 69-ой научной сессии сотрудников университета

29-30 января 2014 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук,
профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский,
профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич,
д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
ст. преп. Л.Н. Каныгина.

ISBN 978-985-466-694-5

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-694-5

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2014

верно ($p < 0,05$) чаще, чем у пациентов с АГ и практически здоровых респондентов.

Литература:

1. Ортостатическая гипертензия как маркер сердечно-сосудистого риска у пациентов с артериальной гипертензией / А.А. Дзизинский [и др.] // Лечащий врач. – 2009. – № 7. – С. 40–42.

2. Orthostatic Hypotension and Risk of Cardiovascular Disease in Elderly People: The Rotterdam Study / C. Verwoert [et al.] // Journal of the American Geriatrics Society. – 2008. – Vol. 56, № 10. – P. 1816–1820.

3. Luukinen, H. Orthostatic hypotension predicts vascular death in older diabetic patients / H. Luukinen, K.E. Airaksinen // Diabetes Res. Clin. Pract. – 2005. – Vol. 67. – P.163–166.

4. Печерская М.С. Использование активной ортостатической пробы для оценки ортостатических реакций во время акции «За здоровую жизнь» / М.С. Печерская, Н.Н. Мелюх // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармакологии: мат. 67 итог. науч. сессии ун-та, Витебск, 2–3 февр. 2012 г. / Витеб. гос. мед. ун-т; редкол.: С.А. Сушков [и др.]. – Витебск, 2012, С. 258–260.

ОЦЕНКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У БЕРЕМЕННЫХ

Рожdestвенская Т.А., Сержантов Д.Ю.

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №2»*

Актуальность. В настоящее время соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (СДВНС) и СДВНС с гипертензивным синдромом является весьма распространенным диагнозом. За последние 5 лет частота случаев регистрации СДВНС в акушерской практике увеличилась более чем в 3 раза и составила около 19,8% случаев заболеваний внутренних органов [1]. Распространенность диагноза СДВНС связана со сложной социально-психологической ситуацией, которая складывается в той или иной стране, негативными изменениями условий окружающей среды, межличностных отношений, что приводит к росту симптомов психической дезадаптации, соматизации психических заболеваний и росту маскированных психических расстройств.

Целью настоящей работы является анализ основных показателей суточного профиля артериального давления и маркеров дисфункции эндотелия у пациенток с соматоформными расстройствами во время беременности.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 100 беременных женщин. Из них 30 – с физиологическим течением беременности (ФБ), 40 – с артериальной гипертензией I ст (АГ-I) и 30 женщин с СДВНС. Всем пациенткам в сроках гестации 18–20, 26–28, 36–38 недель и на 5 сутки послеродового периода проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), измерение уровня микроальбуминурии (МАУ), С-реактивного белка (СРБ), мочевой кислоты (МК) и оксида азота. СМАД выполнялось по методике согласно [2] на аппарате «BPLab» (Россия). Уровень МАУ в утренней порции мочи и СРБ в сыворотке крови определяли методом прямой иммунотурбидиметрии с использованием диагностического набора фирмы BioSystems (Испания) при длине волны 540 нм и 570 нм соответственно. Уровень оксида азота определяли с помощью реакции Грисса при длине волны 520 нм. Уровень МК в сыворотке кро-

ви измеряли энзиматическим-колориметрическим методом с уриказой и пероксидазой с использованием диагностического набора фирмы «Кормэй-ДиАна» (Польша) при длине волны 546 нм.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью пакета STATISTICA 6.0. Данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое, m – стандартное отклонение В случаях распределения, отличного от нормального, результаты исследования представляли в виде $Me (25\%, 75\%)$, где Me – медиана, (25%, 75%) – верхний и нижний квартили. Статистическая обработка полученного материала проводилась с расчетом U-критерия Манна-Уитни и методом однофакторного дисперсионного анализа с применением пакета STATISTICA v6.0. В случае выявления статистически значимых отличий проводилось множественное сравнение методом Ньюмена-Кейлса. При этом уровень значимости диагностического критерия во всех случаях ($p < 0,05$) установлен для ошибки первого рода менее 5% и мощности метода анализа не менее 80%. при уровне значимости $\alpha = 0,05$.

Результаты и обсуждение. Все женщины исследуемых групп сопоставимы по возрасту. Результаты средних величин АД, полученных в результате обследования беременных женщин, приведены в таблице 1.

Анализируя данные таблицы 1 можно отметить, что у пациенток с СДВНС среднее ночное диастолическое АД не имеют статистических отличий от величин АД, полученных у женщин с ФБ и АГ-I. Аналогичные тенденции наблюдаются по всем остальным точкам наблюдения у пациенток исследуемых групп.

По результатам ранжирования пациенток с СДВНС методом К-средних нами было сформировано 2 кластера, которые с высокой степенью достоверности различались между собой. В 1-й кластер вошло 12 пациенток, показатели АД которых не отличались от показателей, полученных при

Таблица 1. Средние величины АД обследованных женщин в сроке гестации 18-20 недель

Показатель	1-я группа (ФБ)	2-я группа (АГ-I)	3-я группа (СДВНС)
Среднее систолическое дневное АД (M±SD)	117,50±5,51*	135,17±9,40	125,87±7,73
Среднее диастолическое дневное АД (M±SD)	72,13±4,37*	84,02±5,37	76,73±5,09
Среднее систолическое ночное АД (M±SD)	103,83±6,62*	120,37±9,50	112,00±9,73
Среднее диастолическое ночное АД (M±SD)	60,43±4,83**	72,62±8,04	65,03±6,97

Примечание: * – $p < 0,05$ между исследуемыми группами; ** – $p < 0,05$ между 1-ой и 2-ой группами.

Таблица 2. Величина МАУ, СРБ, МК, оксида азота в динамике беременности у женщин с СДВНС

		МАУ, мг/л	СРБ, мг/л	МК, мМ/л	Оксид азота, мкМ/л
18-20	СДВНС	4,6 (2,9; 6,5)*	2,0 (1,5; 4,5)	316,3 (259,4; 365,9)	37,4 (33,7; 52,4)
	ФБ	3,1 (1,8; 4,8)	1,7 (1,1; 3,2)	289,6 (188,2; 356,3)	39,6 (33,7; 47,4)
26-28	СДВНС	3,1 (1,9; 6,0)	3,2 (2,0; 5,8)*	315,3 (238,9; 385,1)*	42,7 (31,8; 49,3)
	ФБ	3,6 (2,2; 6,2)	1,9 (0,8; 3,0)	252,7 (168,5; 328,2)	46,2 (33,1; 50,7)
36-38	СДВНС	4,7 (2,1; 12,7)	2,7 (0,9; 5,1)	295,7 (227,3; 371,2)	39,3 (31,2; 45,9)*
	ФБ	3,6 (2,1; 5,8)	2,1 (1,3; 3,3)	341,4 (261,1; 458,5)	27,3 (23,3; 43,1)
П/род.	СДВНС	8,9 (3,3; 19,9)	24,8 (13,6; 38,3)*	414,2 (293,0; 515,2)	45,3 (33,7; 53,7)*
	ФБ	6,2 (2,7; 16,6)	11,3 (6,7; 18,9)	399,3 (294,7; 529,5)	25,9 (18,1; 44,9)

Примечание: * – $p < 0,05$ между исследуемыми группами

обследовании женщин с АГ-I. Во 2-й кластер были отнесены пациентки, у которых показатели АД не имели статистически значимых отличий от аналогичных величин при ФБ. Таким образом, по результатам СМАД у пациенток с соматоформными расстройствами, в 60% случаев был констатирован нормотензивный профиль АД, а в 40% - гипертензивный суточный профиль АД.

Уровни маркеров дисфункции эндотелия в динамике беременности приведены в таблице 2.

Анализируя данные приведенные в таблице 2 необходимо отметить, что при сравнении уровня маркеров дисфункции эндотелия у пациенток с СДВНС и ФБ в динамике беременности спорадически выявляются достоверные отличия по изучаемым показателям, но последние не имеют корреляционных статистически значимых связей с осложнениями и исходами беременности. Данную тенденцию можно объяснить гетерогенностью группы по основному профилю экстрагенитальной

патологии у пациенток с СДВНС.

Выводы.

1. По результатам СМАД у пациенток с соматоформными расстройствами в 40% случаев диагностирована АГ I ст.

2. Тактика ведения беременности пациенток с СДВНС не должна отличаться от тактики ведения женщин с физиологически протекающей беременностью.

Литература:

1. Ласая, Е.В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных / Е.В. Ласая // Мед. новости. – 2003. – №5. – С. 3-7.

2. Бартош, Л.Ф. Метод суточного мониторирования артериального давления и параметров гемодинамики у беременных / Л.Ф. Бартош, И.В. Дорогова // Артериальные гипертензии у беременных / Л.Ф. Бартош, И.В. Дорогова. – Москва. – Н. Новгород: Деком, 2007. – С. 43 – 64.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Сиваков В.П., Новикова Л.Г., Редненко Л.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
ГУЗ «Витебская городская клиническая поликлиника № 3»

Актуальность. Развитие диастолической дисфункции миокарда левого желудочка у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями является неблагоприятным фактором, который влияет как на течение заболевания, так и на смертность пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы [1, 2].

Цель. Оценить фракцию выброса левого желудочка у лиц с различными типами диастолической дисфункции миокарда левого желудочка.

Материал и методы. Нами проанализированы данные 519 пациентов с патологией сердечно-сосуд-

истой системы (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца), которые наблюдались в Витебской городской клинической поликлинике № 3 (время наблюдения с 2001 по 2013 гг.).

Пациенты наблюдались в амбулаторных условиях на приёме у участковых терапевтов. Всем неоднократно проводилось общеклиническое обследование и ультразвуковое исследование сердца.

Фракция выброса левого желудочка и диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка определялись по общепризнанным критериям [3]. Диастолическая дисфункция миокарда левого же-